



HAL
open science

Attitudes et croyances de soignants hospitaliers envers le mésusage d'alcool de sujets âgés

Pascal Menecier, Lydia Fernandez, Anna Galiano, Louis Ploton

► To cite this version:

Pascal Menecier, Lydia Fernandez, Anna Galiano, Louis Ploton. Attitudes et croyances de soignants hospitaliers envers le mésusage d'alcool de sujets âgés : Étude par entretiens de recherche. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2019, 177 (6), pp.544-550. 10.1016/j.amp.2017.11.013 . hal-02165462

HAL Id: hal-02165462

<https://hal.science/hal-02165462>

Submitted on 25 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Mémoire

Attitudes et croyances de soignants hospitaliers envers le mésusage d'alcool de sujets âgés : étude par entretiens de recherche

Attitudes and beliefs of hospital caregivers toward elderly who misuse of alcohol: A study with research interviews

Pascal Menecier ^a, Lydia Fernandez ^b, Anna R Galiano ^c, Louis Ploton ^d

a) Pascal Menecier, Médecin, Praticien hospitalier, Unité d'Addictologie - Consultation mémoire, Hôpital des Chanaux, 71018 Mâcon Cedex et docteur en Psychologie, Institut de Psychologie, Université Lumière Lyon 2, France.

b) Lydia Fernandez, Professeur en Psychologie de la santé et du vieillissement, Institut de Psychologie, Université Lyon 2, France.

c) Anna R. Galiano, Maître de Conférences en Psychologie du handicap, psychologue clinicienne, Institut de Psychologie, Université Lyon-2, France.

d) Louis Ploton, Professeur émérite de gérontologie, Institut de psychologie, Université Lyon 2, France.

Auteur correspondant : Pascal Menecier, Praticien hospitalier, Unité d'Addictologie, Consultation mémoire, Hôpital des Chanaux, 71018 Mâcon Cedex, France

Tél. : 03 85 27 53 69

Email : pamenezier@ch-macon.fr

texte reçu le 12 septembre 2017 ; accepté le 24 novembre 2017

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

Résumé

Objectifs. – Évaluer les attitudes de médecins et infirmiers hospitaliers envers des aînés mésusant d'alcool. Alors que ce mésusage persiste après 65 ans, la souffrance induite est peu considérée : peut-on relier cette apparente négligence à des contre-attitudes négatives ?

Méthode. – Enquête par entretiens auprès d'infirmiers et de médecins, analyse des discours par le logiciel Alceste[®].

Résultats. – L’analyse de 45 entretiens menés à 69 % auprès de femmes et 58 % d’infirmiers, a fait émerger : la perception d’un caractère moins menaçant des aînés alcoolisés, le recours à l’humour dès que l’alcool est évoqué, la négation du manque de temps ou de formation pour les soins, et des effets favorables d’expériences en alcoologie.

Conclusion. – Les attitudes soignantes à propos d’aînés mésusant d’alcool apparaissent moins négatives qu’attendu selon la littérature, laissant une place pour des soins entre addictologie et gérontologie.

Mots clés : Addiction ; Alcoolisme ; Attitude du professionnel ; Enquête ; Établissement de santé ; Personne âgée ;

Abstract

Objectives. – While alcohol misuse remains over 65-age bracket, but the induced suffering is often overlooked. Is it possible to link this apparent neglect to negative counter-attitudes on the caregivers’ part? To evaluate the nursing attitudes of doctors and hospital nurses towards elderly who misuse of alcohol, while old age and alcohol misuse are only rarely considered together. When the prevalence of alcohol use disorder is located around 10% in the over 65 age bracket and such situations are encountered daily by hospital or nursing-home caregivers. Is it possible to consider this apparent neglect as a translation of negative counter-attitudes on the caregivers’ part?

Methods. – A cross-sectional surveys by means of research interviews, were conducted among the nurses and the physicians working in 8 health facilities around Macon. The main objective was to approach the feelings, beliefs and attitudes of caregivers with older individuals who misuse alcohol. These variables were observed according to several socio-professional criteria. The interviews were recorded and the dialogue was processed both manually and by Alceste® software.

Results. – The 45 research interviews were conducted with 16 physicians and 29 nurses, of whom 69% were women. Discourses analysis has highlighted some specific extracts out of them: a less threatening perception of alcoholized elderly individual, the use of humor appearing specifically when alcohol is mentioned and questioning about a lack of time or training for such care. The interviews allowed the highlighting of negative feelings and emotions and also emphasized the important role and the favorable impact of familiar experiences with sufferers of alcohol misuse in the life of the care provider. Such favorable

effects of having had a life experience close to a familiar person misusing of alcohol, as a work experience in alcoholology are highlighted.

Conclusion. – Despite the limitations of the lack of focus groups, this study confirms the significant frequency with which caregivers come into care situations with elderly individuals misusing alcohol. This point calls into question the ignorance which surrounds these situations which helps us to better understand their negligence and which may explain the small percentage of skilled addictological help given to the elderly person after early screening. The classical allegation of lack of time or knowledge (and training) seems to be contradicted. These claims can be caregivers' defensive rationalizations concerning situations experienced as difficult. The question of denial may be considered in the same way: often referred to without being wary of its repercussion. Caregivers' attitudes about the elderly misusing alcohol appear to be variable, multifaceted, complex, being neither good nor bad. Beyond the phenomenology of attitude, there is the consideration of internal elements of the caregivers' thinking and those cared for which undergird care providers' behavior. This approach seeks to promote a psychodynamic regard on the elderly who misuse alcohol through the care-givers approach.

Keywords: Addiction; Alcoholism; Attitude of the professional; Elderly person; Health institution; Interview

1. Introduction

Les troubles de l'usage d'alcool, étant une des principales addictions du sujet âgé, n'épargnent pas les aînés [25,31]. Ni rares ni seulement méconnus, ils questionnent les pratiques soignantes et les représentations professionnelles entre vieillesse et alcoolisme [6,26]. L'abord du mésusage d'alcool de sujets âgés par les soignants est une opportunité alternative à la seule centration sur le désigné malade alcoolique, pour considérer la relation de soin et ses déterminants [26]. Afin d'en préciser les qualités et conditions, la meilleure voie de recherche envisagée a été l'écoute des professionnels eux-mêmes [6]. Comment des soignants peuvent-ils parler de leurs croyances, représentations et attitudes de soins envers des sujets âgés mésusant d'alcool [26] ? La notion de négligence soignante peut-elle s'appliquer à ces situations et avec quelles justifications ? Enfin, quels déterminants de la relation de soin peuvent en favoriser les aspects les plus favorables ?

2. Partie théorique

2.1. Alcool, usage et mésusage dans la vieillesse

Le début de prise en considération des addictions du sujet âgé [9] permet de commencer à considérer la souffrance de ces aînés [235]. Parmi les conduites addictives persistant, émergeant ou se réactivant dans la vieillesse, les troubles de l'usage d'alcool ont une place prépondérante [25]. Leur occurrence ne fait que croître dans le quotidien des professionnels du soin, dans toutes les tranches d'âges de la vieillesse [31]. Le vieillissement en cours des populations occidentales, l'arrivée après 60 ans des baby-boomers, sont considérés comme deux bases de l'augmentation de prévalence des addictions du sujet âgé [19,39], énonçant son doublement entre 2000 et 2020 aux États-Unis [14]. Malgré tout, la méconnaissance des situations prévaut, les désignant telle une épidémie nationale, « *silencieuse* ou *cachée* » [15]. Cette question de santé est sous-diagnostiquée, pour ensuite être sous-traitée [26].

Dans cette étude, la notion globalisante de trouble de l'usage d'alcool a été retenue selon le DSM-5 [1], qui ne priorise plus la distinction entre abus et dépendance alcoolique, d'autant plus difficile à préciser que l'âge de l'usager est avancé [23,31]. Ce cadre englobe toutes les conséquences (sociales, psychologiques ou médicales) des formes symptomatiques d'usage d'alcool, réunies sous le terme de mésusage [36]. De même, la vieillesse a été envisagée globalement, quels que soient ses caractères d'âge chronologique, de facteurs d'accélération, de décompensation ou de pathologisation [23].

2.2. Connaissances, croyances et attitudes soignantes

Pour développer des soins, chaque professionnel exerce son activité sur la base de connaissances issues de formations [27] et de ses croyances (profanes). Traditionnellement opposées entre elles [17], l'acquisition de connaissances ne fait pas simplement disparaître les croyances, qui coexistent en perpétuelles interactions. La connaissance est ensuite traitée par une mise en représentation, conçue comme une métabolisation de l'information, avec une double fonction de rendre l'étrange familier et l'invisible perceptible [8], utile autour du mésusage d'alcool.

Lors de la rencontre avec le soigné, différents éprouvés ou émotions vont naître chez le soignant, qui peuvent varier au fil des expériences personnelles ou professionnelles de croiser des sujets (âgés) mésusant d'alcool [24]. Le plus souvent, les émotions négatives sont considérées avant les positives, au même titre que l'épuisement professionnel est envisagé avant la satisfaction au travail.

Conditionnées par ces émotions, issues des croyances et des connaissances, se forment les attitudes (soignantes), qui sont des dispositions internes (favorables ou défavorables) d'un individu vis-à-vis d'un objet (social), non directement observables par définition [5]. Les attitudes expliquent les réactions d'un individu devant une situation donnée, les prédisposant à développer des comportements (de soin) allant du positif au négatif [13].

Les contre-attitudes ou attitudes développées en regard d'une situation ont souvent été envisagées en alcoologie [6,13,32,35] comme en gérontologie [20], distinctes du contre-transfert, qui exclut les réactions conscientes (limité en théorie à la cure psychanalytique) ; les contre-attitudes peuvent être individuelles ou collectives, notamment en équipe de soin [6]. Elles se nourrissent des formations, des expériences de soins ou extra-professionnelles de contact avec des sujets âgés ou des sujets ayant des conduites addictives, mais aussi des expériences personnelles d'usage ou de mésusage d'alcool, comme des propres projections et anticipations de vieillir [26].

3. Méthode

Si le mésusage d'alcool du sujet âgé n'est pas rare, mais sous-diagnostiqué, il est aussi réputé difficile à reconnaître, par atypie ou dissimulation [23], justifiant ainsi de développer des outils de repérage spécifique. Cette approche peut se compléter en envisageant que les aînés mésusant d'alcool sont moins méconnus que négligés, lorsque professionnels et familiers tendent à fermer les yeux sur leurs situations, par contre-attitudes négatives [24,26].

L'hypothèse principale envisage que le mésusage d'alcool des aînés est peu considéré, non pas par rareté ni difficulté de repérage, mais par contre-attitudes soignantes négatives aboutissant à leur négligence. Des hypothèses secondaires ont considéré la variation des attitudes selon les profils socioprofessionnels et les formes alternatives qu'elles peuvent prendre, par difficultés à les énoncer.

3.1. Population de l'étude

L'étude a été conduite dans huit centres hospitaliers regroupant plus de 2 000 lits de court séjour médico-chirurgical, de soins de suite et de réadaptation ou d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Le protocole de recherche soumis au Comité de Protection des Personnes Sud-Est II, a été déclaré hors champ d'application de la loi du 9 août 2004. Cependant, un recueil de consentement écrit a été effectué avant chaque entretien.

La participation a été proposée jusqu'à l'obtention de 45 interviews, selon le principe de saturation de connaissance [3], avec un nombre supérieur d'infirmiers, en regard des proportions respectives des deux métiers à l'Hôpital. Les 45 entretiens colligés proviennent de 14 hommes et 31 femmes (31 % - 69 %), 16 médecins et 29 infirmiers (36 % - 64 %), dont 23 exercent en services de médecine (51 %), 2 de chirurgie (4 %), 10 des urgences (22 %), 4 de psychiatrie (9 %) et 6 de gériatrie (13 %). Leur ancienneté depuis le diplôme initial est en moyenne de 13,2 ans (ET 8,0) : 11,9 ans (ET : 7,2) pour les infirmiers vs 15,9 ans (ET : 9,0) pour les médecins : ($t = 1,54$ NS).

3.2. Déroulement et analyse des entretiens

Les entretiens ont été en partie structurés selon un guide préétabli [26]. Chaque interview a été enregistrée puis dactylographiée, aboutissant à un corpus de textes de plus de 500 000 caractères, traité d'abord manuellement par analyse des contenus et lecture exogène informée par les objectifs de l'analyste [3] puis informatiquement par analyse linguistique avec le logiciel Alceste[®] version 2012 (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte) [34]. La méthodologie d'Alceste[®] repose sur une analyse de données textuelles, après lemmatisation du corpus (en ramenant les mots à leurs racines) [18]. Cette analyse s'opère après avoir effectué plusieurs découpages du corpus en unités de contexte élémentaires (uce), permettant des comparaisons de regroupement et un comptage du nombre d'unités d'analyse avec classification hiérarchique descendante (quantifiée par des valeurs décroissantes de χ^2) (Tableau 1). L'ultime étape est d'interpréter les résultats, à l'aide d'analyses statistiques complémentaires [4].

4. Résultats

L'analyse manuelle du discours a permis de résumer les principales préoccupations des soignants en sept items (Tableau 2). L'analyse par Alceste[®] a retrouvé un haut pourcentage de richesse du vocabulaire (99,17 %), associé à la taille importante du corpus et

au nombre élevé d'entretiens, qui en conforte la validité. Soixante et un pour cent des uce ont été réparties entre quatre classes lexicales stables, représentatives de quatre grands axes de réflexion (Tableau 1). La classe 1 (28 % du discours), caractérisée par le métier de médecin ($\chi^2 : 84$) et le sexe masculin ($\chi^2 : 21$), concerne le sujet âgé. La classe 2 (16 % du discours) envisage les comportements de consommation d'alcool, sans concerner un sous-groupe identifiable parmi les interviewés. La classe 3 (43 % du discours), principalement caractérisée par le métier d'infirmière ($\chi^2 : 146$) et le sexe féminin ($\chi^2 : 39$), décrit le rôle professionnel soignant et ce qui le conditionne. La classe 4 (13 % du discours) énonce la prise en charge : raccourci du soin, essentiellement caractérisée par le métier de médecin ($\chi^2 : 47$).

4.1. Méconnaissance du mésusage d'alcool et contre-attitudes négatives

Les principales thématiques issues des analyses font apparaître en premier lieu une spécificité du mésusage d'alcool dans la vieillesse, le qualifiant d'*ancien, chronique, moins visible, discret, masqué...* (Tableau 2). Puis apparaît l'expression de moindre violence apparente, de moindre force (lors d'alcoolisations), allant jusqu'à énoncer le caractère inoffensif des vieillards.

Une interrogation récurrente émerge à propos de plus grandes difficultés ou facilités à parler d'alcool à des aînés. C'est plus facile du fait de leur maturité ou parce qu'ils devancent le soignant pour parler d'alcool (27 % des entretiens) (Tableau 3). C'est aussi plus difficile (29 % des soignants, surtout médecins) (tableau 3), par *normalité* de boire pour les plus âgés, face au respect dû à l'âge. Une difficulté supplémentaire apparaît lorsque ce sont les entourages qui parlent en premier d'alcool, dans une sollicitation d'allure dérangement.

À propos des soignés, la souffrance est peu abordée, avec une rare désignation directe. Lors des rencontres, de très rares réactions hostiles ont pu être évoquées, alors que la question du déni apparaît plus souvent, selon 40 % des soignants (Tableau 3). Sans être redouté, le déni est réputé ne pas constituer un problème pour beaucoup d'interviewés, qui semblent s'intégrer aux processus de soins.

Les ressentis soignants envers des aînés mésusant d'alcool dénotent une majorité d'expressions défavorables et peu de bien-être dans la relation de soin. Ces éprouvés négatifs sont associés à des réactions aversives lorsque des professionnels qualifient l'alcoolisme du sujet âgé de *pas beau, pas glorieux, dégoûtant avec de mauvaises odeurs, de mauvaises haleines*. La relation de soin est dite source de déception pour près d'un soignant sur dix, ressentant défaitisme, impuissance ou frustration. Les compétences soignantes, autoévaluées,

sont qualifiées de modestes voire d'incertaines par des agents qui se disent *inefficaces, incompetents, jugeants, mal à l'aise...* Si aucun soignant n'a évoqué son manque de formation en alcoologie ou en gérontologie, très peu invoqueront un manque de temps pour développer des soins relationnels, disant même pouvoir en trouver et organiser leurs tâches pour cela (tableau 2).

4.2. Variation des attitudes déclarées et profils socioprofessionnels

Les attitudes soignantes apparaissent varier selon le genre ou le métier (tableau 4), dans l'analyse avec Alceste[®]. Les femmes (et infirmières) ont des formes du discours plus affirmées (*je pense, je trouve*), soulignant leurs dires avec un pronom personnel (*moi*), ou expliquant les propos (*parce que*), alors que les hommes (et surtout médecins), nuancent apparemment plus leurs paroles, avec des verbes marquant les suppositions (*sembler, imaginer*) et des adverbes soulignant le doute et les hypothèses (*sans doute, éventuellement, effectivement*).

Entre deux groupes répartis autour de la médiane d'ancienneté (tableau 4), les plus jeunes diplômés sont les seuls à aborder le déni, alors que les agents avec le plus d'expérience professionnelle nomment plus souvent une spécificité de genre.

Les expériences personnelles de côtoyer ou d'avoir côtoyé des sujets âgés mésusant d'alcool sont évoquées par le quart des interviewés qui énoncent spontanément un lien avec leurs histoires familiales. Cette expérience est précisée comme aidante, et non pas comme un frein à l'exercice professionnel avec des personnes (âgées) mésusant d'alcool. Parallèlement, l'effet favorable d'expériences professionnelles en addictologie apparaît aussi dans un quart des entretiens, plus souvent infirmiers. La facilitation de la relation de soin au fil de la vie professionnelle est aussi entendue, dans une moindre proportion (17 %).

4.3. Formes alternatives à l'expression directe de difficultés dans la relation de soin

En complément, apparaît un recours à la plaisanterie ou l'ironie lors d'évocations de l'alcool. Ce ton humoristique semble autant employé à l'initiative de sujets âgés que par les soignants eux-mêmes. « C'est une façon de nous protéger », mais c'est aussi une impasse notée par des professionnels qui disent ne pas savoir rebondir face à l'humour. Si le tiers des infirmiers déclarent recourir ou devoir y faire face, ce point n'est jamais évoqué par les médecins ($p < 0.01$ – Tableau 2). Par ailleurs des altérations langagières vont apparaître dans

l'analyse par Alceste[®], notamment à propos des comportements de consommation d'alcool, où le langage devient familier, voire trivial : *canon* (pour verre de vin), *mec* (pour homme), *rouge, blanc ou rosé* désignant un vin, *picoler* (pour boire de l'alcool en excès), *coup* (pour boire un coup). Ce type de langage n'apparaît jamais ailleurs.

5. Discussion

5.1. Une relation de soin particulière ou déroutante

Les spécificités énoncées à propos du mésusage d'alcool de sujets âgés recourent la littérature, sauf pour la moindre violence associée à l'alcoolisation d'aînés, jamais retrouvée jusqu'alors. Associée à une moindre menace ressentie par des soignants qui semblent rassurés par l'âge, elle apparaissait dans une ancienne thèse de médecine, qui notait que « le vieil éthylique amuse, on ne le trouve pas dangereux », au contraire du jeune, qui « inquiète et fait peur. Parce qu'il est souvent violent ou agressif » [12].

La rareté de réactions hostiles ou colériques de soignés est à souligner, loin des oppositions redoutées. Le déni, si souvent invoqué autour du mésusage d'alcool, n'apparaît que peu, avec de rares précisions de limite avec la dénégation ou de place réflexive du déni des soignants eux-mêmes [28]. Il est surtout précisé qu'il ne pose pas de problèmes aux soignants, lorsqu'ils expliquent avoir appris à faire avec, ou ne plus le faire naître dans la relation.

Alors que la littérature aborde surtout les difficultés à parler d'alcool avec des sujets âgés plutôt que des facilités [22], ce parti pris est en partie invalidé par les propos des soignants, qui soulignent une facilité associée notamment au fait que les aînés prennent plus souvent l'initiative de parler d'alcool. La modestie dans l'énoncé de ses compétences peut provenir du mode de questionnement direct, ou du faible niveau (quantitatif) de formation initiale ou continue en addictologie.

Le soin et ses acteurs, centraux dans cette recherche, le sont de manière concordante dans l'analyse des discours. C'est surtout le soin infirmier qui apparaît, avec un caractère relationnel, inscrit dans un fonctionnement d'équipe, ce que les médecins semblent moins investir. La collégialité du soin a de multiples avantages par l'étayage ressenti de pouvoir en parler et partager les difficultés entre collègues [11], ainsi que dans le soutien des attitudes les plus positives ou l'amélioration de celles qui le seraient moins.

5.2. Des difficultés indirectement exprimées

Le recours à l'humour comme évitement ou recherche d'atténuation dans une relation de soin perçue comme dérangeante est un aléa rarement considéré. La proximité issue du sourire ou du rire partagé peut atténuer un malaise relationnel, voire aider à tisser des liens sociaux [2]. Ce recours peut aussi fragiliser une relation de soin respectueuse et attentive à la souffrance de celui qui sollicite un professionnel [29]. D'apparence défensive [2], le recours à l'humour peut autant concerner le soignant que le soigné. Considéré comme un possible mécanisme de coping face au stress de la situation de soin [33], l'humour peut diminuer l'embarras, alléger le poids de certaines situations. Il peut être l'inverse lorsqu'il n'est ni consenti ni partagé, lorsqu'il devient dénigrement ou discrimination ou lorsqu'il banalise des formes d'hostilité [2], constituant alors un message de peur, d'embarras, ou de colère.

Si les mots employés pour désigner les aînés sont adaptés, sans familiarité ni périphrases, le vocabulaire apparaît vite trivial à propos des boissons et des consommations. Alors qu'une référence à l'humour peut servir d'atténuation dans un moment difficile, la référence à une agressivité ou une violence institutionnelle, ainsi que la recherche de proximité, peuvent transparaître dans ce choix des mots. L'alcoologie semble ouvrir à ce vocabulaire que l'on ne retrouve presque dans aucun autre secteur du soin. Un tel langage, pour le moins altéré, peut refléter les représentations soignantes négatives à propos d'aînés qui s'alcoolisent, comme la faible estime de soi souvent retrouvée chez ces personnes qui, à son tour, peut légitimer ou renforcer ce discours plus que familial [29].

5.3. Des conditions aux attitudes les plus positives

Les situations rapportées, à propos des expériences d'avoir côtoyé des malades de l'alcool, semblent favorables et rassurantes, tout comme apparaît aussi l'expérimentation professionnelle de la parole autour de l'alcool avec un soigné. Les plus jeunes professionnels semblent avoir des attitudes moins favorables [20], avec une possible acquisition de facilités au fil des années d'exercice avec des aînés méusant d'alcool. Si les plus jeunes expriment le plus de ressentis d'impuissance, notamment face au déni [30], ils resituent cette question du déni comme peu prégnante, de moins en moins au fil de l'exercice professionnel.

Les femmes (et infirmières) semblent avoir un discours plus affirmé et collectif (renvoyant aux dynamiques d'équipes soignantes), alors que les hommes (et médecins dans l'étude) paraissent plus pondérés, mais individualistes dans leurs propos. Cette distinction

peut refléter les organisations hospitalières où les représentations des fonctions médicales et paramédicales demeurent distinctes, et la notion d'équipe plus difficilement investie par les médecins.

Si les attitudes peuvent être apprises, elles peuvent être aussi désappries ou modifiées [10], y compris pour les plus négatives. Même difficile, ce changement est possible [38]. Il est essentiel de ne pas le négliger, au prétexte d'une théorique absence de perception des attitudes soignantes négatives par les soignés [35]. Pour cela, il convient que les professionnels puissent penser et évaluer leurs attitudes par eux-mêmes [32], et pour cela leur en donner la possibilité durant le temps de travail (lors de synthèses pluridisciplinaires, de relèves en équipe, d'analyse de cas, d'analyse de la pratique, ou de supervision). Favoriser une auto-évaluation de ses attitudes et comportements de soin par chaque professionnel peut permettre de continuer à soigner « l'autre même lorsqu'il se présente dans une altérité radicale » [7]. Penser sur ses propres pensées et toujours considérer ses attitudes envers des sujets âgés en difficulté avec l'alcool comme perfectibles apparaît essentiel à la qualité des soins.

Une référence à une identification difficile, limitée ou impossible de soignants avec des aînés méusant d'alcool, peut être envisagée sur la base de cette étude, dans une double référence, d'abord avec des figures vieillissantes, images d'une mort prochaine [21], qui se complique encore si le méusage d'alcool se surajoute [37]. L'origine de la faible attractivité ou du dégoût qu'ils inspirent peut-elle s'ancrer ailleurs que dans leurs apparences physiques ? La naissance de contre-attitudes négatives peut être associée à des aspects de personnalité des soignés, comme si certains profils psychologiques pouvaient altérer la motivation aux soins [16].

5.4. Limites et développements de l'étude

Limiter cette étude à deux catégories professionnelles ne reflète pas tous les métiers de l'hôpital, même si ce sont ceux qui ont le plus de formation initiale et le plus parmi leurs missions, celles de repérer, diagnostiquer et soigner. Le recrutement des participants, ni aléatoire ni représentatif de la population ciblée, ne retire pas de valeur à un travail de recherche qualitative, mais on ne peut exclure une sélection par le volontariat des soignants les moins négativement disposés, colligeant de ce fait des discours qui peuvent apparaître enjolivés. Pour dépasser ces limites et confirmer les résultats initiaux, ce travail, unique selon la littérature observée, mérite d'être réitéré et élargi aux équipes de soins, en focus-group, dans le cadre d'une recherche-action.

6. Conclusion

Les attitudes soignantes envers des aînés mésusant d'alcool semblent plutôt bienveillantes à la lumière de cette étude par entretiens de recherche. Moins négatives que la littérature ne le voudrait, ces attitudes déclarées relativisent l'hypothèse initiale d'une négligence prédominante. Loin d'être rares, les situations de rencontre d'aînés mésusant d'alcool peuvent être abordées au travers de la qualité de la relation de soin et des attitudes professionnelles plutôt que du seul côté du soigné et de ses tendances à minimiser, occulter ou dénier ses troubles. Certains axes d'amélioration des pratiques de soins envers des aînés mésusant d'alcool peuvent émerger au fil des années d'exercice professionnel et des expériences en alcoologie intra ou extra-professionnelles. Si la formation et le soutien institutionnels ne peuvent pas être oubliés, bien des conditions à la qualité de la relation de soin apparaissent échapper aux encadrements, aux formateurs et à l'institution.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

Références

- [1] American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD. DSM 5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Elsevier Masson; 2015 ;
- [2] Anaut M. L'humour entre le rire et les larmes. Paris: Odile Jacob; 2014.
- [3] Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: Armand Collin; 2011.
- [4] Dalud-Vincent M. Alceste comme outil de traitement d'entretiens semi directifs : essai et critiques pour un usage en sociologie. Langage et Société 2011;135:9-28.
- [5] De Montmollin G. Le changement d'attitude. In Moscovici S. Psychologie Sociale. Paris: PUF « Quadrige Manuels, Fondamental »; 1984. P. 89-136.
- [6] Descombey JP. La répétition des contre-attitudes. Psychotropes 2004;10:83-101.
- [7] Doniol-Shaw G. L'engagement paradoxal des aides à domicile face aux situations repoussantes. Travailler 2009;22:27-42.
- [8] Farr RM. Les représentations sociales. In Moscovici (Serge). Psychologie sociale. Paris: PUF « Quadrige Manuels, Fondamental »; 1984. P. 385-95.
- [9] Fernandez L. Les addictions du sujet âgé. Paris: In Press; 2009.

- [10] Ford R, Bammer G, Becker N. Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: workplace drug and alcohol education is not enough. *International Journal of Nursing Practice* 2009;15:112-8.
- [11] Gangner E, Rocher I. Relation soins-alcool : enquête auprès des soignants en milieu institutionnel. *Alcoologie et addictologie* 2003;25:295-303.
- [12] Garandeau M. Approche thérapeutique de l'éthylisme dans un hôpital général, Centre Hospitalier de Mâcon. Thèse de doctorat de médecine inédite, Université Claude Bernard Lyon 1: 1977.
- [13] George VD. Nurses' attitude toward alcohol abuse and alcoholism. *Journal of National Black Nurses' Association* 1988;3:12-22.
- [14] Han B, Gfroerer JC, Colliver JD, Penne MA. Substance use disorder among older adults in the United States in 2020. *Addiction* 2009;104:88-96.
- [15] Hoeck S, Van Hal G. Unhealthy drinking in the Belgian elderly population: prevalence and associated characteristics. *The European Journal of Public Health* 2012 [le 06/06/2016, <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2012/10/31/eurpub.cks152.full>].
- [16] Indig D, Copeland J, Konigrave KM, Rotenko U. Attitudes and beliefs of emergency department staff regarding alcohol-related presentations. *International Emergency Nursing* 2009;7:23-30.
- [17] Jovchelovitch S. Re-thinking the diversity of knowledge: cognitive polyphasia, belief and representation. *Psychologie et Société* 2002;5:121-38.
- [18] Kalampalikis N, Moscovici S. Une approche pragmatique de l'analyse Alceste. *Les cahiers internationaux de Psychologie Sociale* 2005;66:15-24.
- [19] Kuerbis A, Sacco P. A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for further directions. *Substance Abuse* 2013;7:13-37.
- [20] Lovell M. Caring for the elderly: changing perceptions and attitudes. *Journal of Vascular Nursing* 2006;24:22-6.
- [21] Maisondieu J. Démences et aliénation : liens, ressemblances, différences, in *Les démences à la croisée des non-savoirs. Cahier de psychologie et vieillissement, Hors-série*, 2014;125-40.
- [22] Menecier P, Menecier-Ossia L, Collovray C. Les difficultés à parler d'alcool avec des personnes âgées. *Soins Gériatrie* 2006;60:40-2.
- [23] Menecier P. *Boire et vieillir, comprendre et aider les aînés en difficultés avec l'alcool*. Toulouse: Érès: 2010a.
- [24] Menecier P, Poillot A, Menecier-Ossia L, Lefranc D, Ploton L. Attitudes et croyances

infirmières envers le mésusage d'alcool chez le sujet âgé. *Alcoologie et addictologie* 2010b;32:191-8.

[25] Menecier P, Fernandez L. Particularité des pratiques addictives dans la vieillesse. *La Presse Médicale* 2012;41:1226-32.

[26] Menecier P. Attitudes et croyances de soignants hospitaliers envers des sujets âgés en difficulté avec l'alcool. Thèse de doctorat de Psychologie inédite, Université Lyon 2 : 2015a.

[27] Menecier P, Fernandez L, Pichat M, Lefranc D, Ploton L. Connaissances soignantes à propos d'usage ou mésusage d'alcool de sujets âgés. *Alcoologie Addictologie* 2015b;37:301-8.

[28] Menecier P, Rotheval L, Fernandez L, Ploton L. Le déni en alcoologie ; à travers ce qu'il n'est pas. *Drogue, Santé, Société* 2016b;15.

[29] Menecier P, Fernandez L, Sagne A, Galliano AR, Lefranc D, Ploton L. Altération des choix de vocabulaire soignants dans l'abord de l'usage ou mésusage d'alcool de sujets âgés. *Psychologie Française*. Acceptation partielle: Révision V2 soumise.

[30] Moscato A, Varescon I. Les effets psychologiques des conduites d'alcoolisation des âgés sur le vécu de la relation d'aide des professionnelles du domicile. *Geriatric, Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement* 2015;13:425-33.

[31] Paille F. Personnes âgées et consommation d'alcool : groupe de travail de la SFA et de la SFGG : texte court. *Alcoologie et addictologie* 2014;36:61-72.

[32] Parette HP, Hourcade JJ, Parette PC. Nursing attitudes toward geriatric alcoholism. *Journal of Gerontological Nursing* 1990;16:26-31.

[33] Patenaude H, Hamelin-Brabant L. L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de la littérature. *Recherche en Soins Infirmiers* 2006;85:36-45.

[34] Reinert M. Un logiciel d'analyse lexicale : Alceste. *Cahiers d'Analyse de Données* 1986;4:471-84.

[35] Riley AJ. Perceived career attitudes to alcohol dependent patients. *Nursing Standard* 1996;10:39-44.

[36] SFA, Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie et Addictologie* 2015;37:5-84.

[37] Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression or alcohol dependence. *Psychiatry Research* 2013;209:665-9.

[38] Vadlamudi RS, Adams S, Hogan B, Wu T, Wahid Z. Nurses' attitudes, beliefs and confidence levels regarding care of those who abuse alcohol: Impact of educational intervention. *Nurse Education in Practice* 2008;8:290-8.

[39] Wang YP, Andrade LH. Epidemiology of alcohol and drug use in the elderly. *Current Opinion in Psychiatry* 2013;26:343-8.

Tableau 1 : Analyse globale par Alceste® réparties en classes :

Forme réduite	Formes complètes associées	χ^2	Effectif total
<i>Classe 1 : le sujet âgé ; détail des présences significatives : 347 uce et 130 mots</i>			
age	age (30) agee (37) agees(34) ages (21)	139	156
jeune	jeune (22) jeunes (35) jeunesse (1)	71	73
femme	femme (12) femmes (20)	66	33
alcool	alcool (118) alcoolique (17) alcoolemie (10)	54	319
consommation	consommateurs (9) consommation (30)	54	42
personne	personne (66) personnes (67)	39	112
homme	homme (6) hommes (14)	37	17
<i>Classe 2 : Le boire et ses formes ; détail des présences significatives: 140 uce et 128 mots</i>			
verre	verre (36) verres (7)	180	39
boire	boire (25) boit (12) bu (10) bus (2) buvaient (2)	128	91
vin	vin (32)	108	34
maison	maison (20) maisons (1)	74	22
retraite	retraite (14)	58	15
dame	dame (15) dames (1)	59	21
bouteille	bouteille (10) bouteilles (2)	42	12
monsieur	monsieur (16)	41	24
bière	biere (6) bieres (2)	32	8
canon	canon (5)	27	5
<i>Classe 3: le rôle soignant ; détail des présences significatives: 531 uce et 153 mots</i>			
temps	temps (139)	80	130
formation	formation (32) formations (12)	40	45
médecin	medecin (60) medecine (2) medecins (20)	37	89
infirmier	infirmier(20) infirmiere(42)	35	73
relation	relation (20) Relationnel(19) relationnelle (3)	36	43
role	role (31) roles (1)	27	27
experience	experience (26) experiences (6)	22	37
soigner	soignant (19) soignante (14) soignants (14)	21	67
travail	travail (22) travaille (17) travailler (14)	17	74
équipe	equipe (22) equipe (11)	16	44
<i>Classe 4: le soin ; Détail des présences significatives: 158 uce et 116 mots</i>			
charge	charge (63)	257	91
prise	prise (51) prises (4)	240	77
psycho	psycho (5) psychose (2) psychotique (3)	54	12
diagnostic	diagnostic (7) diagnostics (1)	47	9
pathol	pathologie (10) pathologies (11)	43	34

Tableau 2 : Principales citations extraites du discours des interviewés

-1- Spécificités énoncées quant au mésusage d'alcool de sujets âgés

« Chez la personne âgée, c'est plus éteint, moins visible, donc ça gênera moins »
« La femme âgée, elle va masquer et là c'est plus difficile : je me fais souvent avoir »
« Chez les personnes âgées, la violence est moins violente, du fait qu'ils ont moins de force »
« Après tout un vieillard est inoffensif physiquement »
« Quand ils sont jeunes ça nous touche plus, [...] parce qu'on s'identifie plus »

-2- Abord plus facile ou difficile des aînés en difficultés avec l'alcool

« C'est plus facile, ils n'ont plus rien à perdre et ils ont envie de parler ... »
« C'est plus facile, c'est eux qui abordent le sujet, contrairement aux jeunes »
« C'est plus difficile pour moi, le respect dû à l'âge fait que ce sera plus délicat »

-3- Recours à la plaisanterie, l'humour ou l'ironie autour de l'alcool

« Leurs propos, c'est du ressort de la blague ou du mot déplacé au sujet de l'alcool »
« C'est souvent sur le ton de la plaisanterie que l'on est dans le contact avec le patient »
« La plaisanterie, c'est une façon de nous protéger aussi, c'est plus facile d'en rigoler que de rentrer dans une discussion sérieuse, embarrassante pour tout le monde »

-4- Réaction des soignés et la question du déni

« On peut se faire moucher quand la façon dont c'est présenté n'est pas adaptée »
« C'est le déni qui est difficile » ; « Le déni m'a toujours insupporté »
« Je rencontre moins de déni qu'avant, parce que j'ai changé ma position »
« Je ne suis pas trop tombée souvent sur des gens dans le déni vraiment »

-5- Ressentis et réactions soignantes face à un sujet âgé en difficulté avec l'alcool

Positif : « C'est plutôt des bons souvenir, je trouve que c'est des gens plutôt attachants »
« Je pense que je suis plus à l'aise avec les très âgés qu'avec les plus jeunes »
Neutre : « J'avais tendance à banaliser l'alcool chez les personnes âgées ... ils ont fait leur vie »
Négatif : « Je ressens de la compassion, l'impression d'une fatalité, un défaitisme... »
« J'ai l'impression qu'ils sont responsables de leur état de santé »
« Quand ils ont 40 ans, j'ai plus envie de me bouger que quand c'est à 80 ans »
« L'alcoolisme c'est pas beau, c'est pas très glorieux »...
« C'est vraiment terrible et c'est surtout l'impuissance... un cancer on a de toute façon l'issue qui est fatale mais on peut faire quelque chose pour les gens, alors que chez l'alcoolique... »
« Des souvenirs un peu frustrants parce qu'on a tellement envie de les aider, mais en même temps on sent que c'est tellement ancré qu'on est impuissant, c'est frustrant »
« C'est difficile parce que je ne veux pas être quelqu'un qui soit dans la réprobation »

-6- Expériences personnelles

« J'ai des expériences dans la famille », « mais ça n'a pas de conséquences »
« Moi j'ai l'expérience de mon père qui a plus de 65 ans et qui buvait »
« J'ai eu un papa alcoolique et ça fait plus écho, mais ça ne détruit pas, au contraire »
« Mon père est alcoolique, on est peut-être plus dans la volonté d'aider et pas le jugement »

-7- Expériences professionnelles

« Au début où je travaillais j'avais du mal à prononcer le mot alcool ... »
« Il y a des choses qu'on croit tabou, qui tombent avec les premières expériences positives »

Tableau 3 : Fréquences selon le métier, de sujets clés issus de l'analyse manuelle du corpus.

	Ensemble n = 45	Médecins n = 16	Infirmiers n = 29	p
Explications supposées à l'alcoolisation de sujets âgés	24% (11)	13% (2)	31% (9)	NS
Qualification de la relation de soin avec des sujets âgés mésusant d'alcool				
Plus difficile	29% (13)	50% (8)	18% (5)	<0.05
Plus facile	27% (12)	38% (6)	21% (6)	NS
Décevante	9% (4)	7% (1)	10% (3)	NS
Identification de la problématique alcoolique par les dires des entourages de sujets âgés	22% (10)	19% (3)	24% (7)	NS
Recours à l'humour ou l'ironie dans les échanges	22% (10)	0% (0)	34% (10)	<0.01
Evocation de la souffrance des soignés	27% (12)	13% (2)	34% (10)	NS
Evocation du déni par les soignants	42% (19)	50% (8)	38% (11)	NS
Evocation de violence ou d'agressivité de la part des soignants	9% (4)	19% (3)	4% (1)	NS
Evocation d'expérience personnelle d'avoir côtoyé un proche en difficulté avec l'alcool	24% (11)	13% (2)	31% (9)	NS
Evocation d'expérience professionnelle aidante	22% (10)	13% (2)	14% (4)	NS
Evocation d'une relation de soin facilité par l'expérience professionnelle :	13% (6)	13% (2)	14% (4)	NS

Tableau 4 : Analyse croisée par Alceste®

SELON LE GENRE			
Détail des présences significatives : classe 1 = sexe féminin			
<i>Forme réduite</i>	<i>Formes complètes associées</i>	χ^2	<i>Effectif total</i>
je-pense	je-pense (291)	35	288
moi	moi (368)	23	390
trouver	trouve (121) trouve (12) trouvais (2) trouvai (2)	13	150
parce-que	parce-que (296)	16	384
Détail des présences significatives : classe 2 = sexe masculin			
<i>Forme réduite</i>	<i>Formes complètes associées</i>	χ^2	<i>Effectif total</i>
sans-doute	sans-doute (14)	23	13
imaginer	imagine (10) imaginer (2) imaginais (2)	22	15
eventuel	eventuellement (23)	18	34
sembler	semble (8) semblent (1) semblait (1)	13	11
SELON LE METIER			
Détail des présences significatives : classe 1 = profession de médecin			
<i>Forme réduite</i>	<i>Formes complètes associées</i>	χ^2	<i>Effectif total</i>
femme	femme (19) femmes (20)	46	45
homme	homme (6) hommes (14)	18	16
impression	impression (60)	32	98
probable	probable (3) probables (11)	23	14
sans-doute	sans-doute (13)	16	13
Détail des présences significatives : classe 2 = profession d'infirmier(e)			
<i>Forme réduite</i>	<i>Formes complètes associées</i>	χ^2	<i>Effectif total</i>
nous	nous (248)	27	248
on	on (1516)	14	1162
parce-que	parce-que (284)	14	349
je pense	je pense (264)	13	288
moi	moi (351)	11	288
SELON L'ANCIENNETE PROFESSIONNELLE			
Détail des présences significatives : classe 2 = diplômés plus récents (< 11ans = médiane)			
<i>Forme réduite</i>	<i>Formes complètes associées</i>	χ^2	<i>Effectif total</i>
personne	personne (125) personnes (116)	125	232
deni	deni (24)	9	37
Détail des présences significatives : classe 1 = diplômés plus anciens (> 11ans = médiane)			
<i>Forme réduite</i>	<i>Formes complètes associées</i>	χ^2	<i>Effectif total</i>
gens	gens (205)	27	218
chose	chose (35) choses (201)	17	273
truc	truc (39) trucs (9)	16	51
femme	femme (22) femmes (20)	11	45
malade	malade (22) malades (9)	8	32
pathologie	pathologie (21) pathologies (19) pathologique (4)	9	45